



## Ärztliche Bescheinigung

Herr/ Frau \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_

ist heute von mir untersucht worden.

Es wird hiermit bestätigt, dass er / sie in gesundheitlicher Hinsicht für die Ausübung des  
Berufes als \_\_\_\_\_

geeignet ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Stempel

Diese Bescheinigung kann vom Hausarzt, jedoch nicht von einem mit dem Antragsteller  
verwandten oder verschwägerten Arzt ausgestellt werden.